N° 50.

22

ESSAI

SUR LES

MALADIES AIGUËS DE POITRINE

CONNUES

SOUS LE NOM DE PLEURÉSIE ET DE PÉRIPNEUMONIE.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE MAI 1836;

PAR

ANDRÉ-ALEXANDRE DE **CASTETPIVERT**,

De Labastide de Besplas (ARIÈGE);

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

A MONTPELLIER,

Chez Mme Veuve RICARD, née GRAND, Imprimeur, place d'Encivade, N° 3.

1836.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Amour, respect, reconnaissance.

A MES SŒURS.

Tendre amitié.

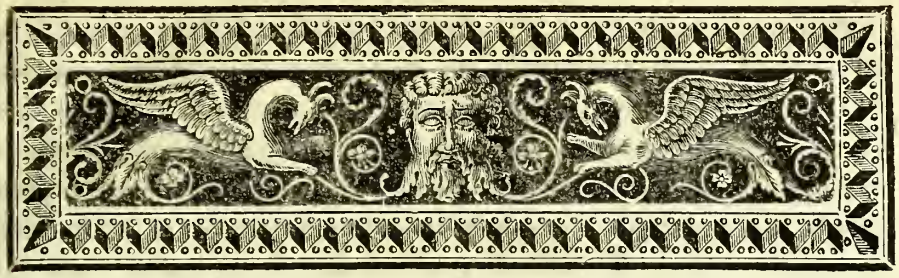
A MON ONCLE ET A MA TANTE.

Dévouement inaltérable.

A M. l'Abbé **HALRIC.**

Hommage d'estime et de gratitude.

A. de CASTETPIVERT.



ESSAI

SUR LES

MALADIES AIGUËS DE POITRINE

CONNUES

SOUS LE NOM DE PLEURÉSIE ET DE PÉRIPNEUMONIE.

Naturam morborum curationes ostendunt.
(Prosper MARTIAN, commentaires d'Hippocrate.)

L'IMPORTANCE des fonctions respiratoires a fait considérer les phlegmasies de poitrine, que je vais essayer de décrire, comme des affections toujours graves dont le traitement mérite toute la sagacité et

l'attention du praticien (1). A toutes les époques de la science, la pleurésie et la péripneumonie ont été le sujet des recherches et des observations des hommes de l'art qui, unanimes sur le danger qui les accompagne, ont émis des opinions bien différentes sur leur distinction, leur nature et les soins qu'elles réclament. Je n'ai pas la prétention, au milieu de cette dissidence de sentiments, et en traitant une matière pleine de difficultés, de hasarder une opinion qui me soit propre ; je puiserai aux sources pures et fécondes que mes maîtres (2) m'ont indiquées, et j'accorderai quelque prix à mon travail, si je suis assez heureux pour mériter l'approbation de mes juges.

Également éloigné de tout esprit de système et d'un aveugle empirisme, ne faisant point d'inutiles efforts pour trouver une explication à tous les faits, je me laisserai guider par l'expérience, éclairée, autant que possible, par le flambeau de la raison. Quel avantage nous offrent, en effet, les dissertations prolixes, les raisonnements plus ou moins spécieux, de grands frais d'éloquence, pour établir une brillante théorie, si, comme j'aime à le croire, toute la médecine consiste dans la guérison ou le soulagement des malades ?

Distinction du siége de la pleurésie et de la pneumonie.

Les auteurs de tous les temps, ainsi que je l'ai déjà dit, ont émis des opinions diverses sur la question que j'aborde en ce moment (3).

---

(1) *O quantùm difficile est curare morbos pulmonum !..... De iis certum dare præsagium !..... Tyrones mei cauti estote ac prudentes in iisdem curandis. (Baglivi, praxis med., lib. I.)*

(2) MM. Dubernard et Lafont-Gouzi, professeurs à l'École de médecine de Toulouse, médecins des hôpitaux : le premier a cessé de vivre ; mes regrets sont éternels !!! Que M. Lafont daigne agréer l'hommage de mon respect et de ma reconnaissance, de mon estime surtout pour ses vertus et sa vaste érudition médicale.

(3) Les uns faisaient consister la pleurésie dans l'affection de la plèvre, et les autres dans celle du poumon lui-même.

C'est surtout dans le dernier siècle, que des hommes d'un rare mérite se sont jetés dans une controverse longuement soutenue; et on a de la peine à croire que des écrivains recommandables aient employé un temps précieux à approfondir une matière dont la connaissance, il faut le dire, n'est d'aucune utilité réelle, puisque le traitement de la pleurésie et de la péripneumonie ne présente pas de différence notable. Deux profonds anatomistes, Haller et Morgagni, résolurent d'examiner cette controverse, le scalpel à la main. Le premier (1), après une suite d'expériences et de pénibles recherches, n'accorde, tout au plus, à la membrane séreuse, qu'un sentiment obtus; et le célèbre Morgagni rapporte, dans sa vingtième lettre anatomique, les nombreuses observations de Valsalva, et s'exprime de la manière suivante : « *Nunc si nostras omnes et Valsalvæ observationes relegeris, facilè intelliges, longè proclivius nobis esse, eorum sententiæ adspitulari, qui lethalem pleuritidem docent, in solâ pulmonis, id quod sæpè vidimus, quàm eorum qui agunt in solâ pleuræ, id quod nunquam deprehendimus, inflammatione consistere* (2). » Servius, cité par Triller, rapporte avoir disséqué, à Rome, les cadavres de trois cents pleurétiques, et toujours le siége du mal fut découvert dans un des lobes du poumon, la plèvre étant constamment intacte, ou tout au plus légèrement viciée (3).

Des recherches si laborieusement multipliées auraient dû, ce semble, fixer les esprits, lorsque Dehaen, toujours ardent à soutenir les opinions du professeur de Leyde (4), adressa une réplique virulente à l'ingénieux Haller. Tel était encore l'état de la question, qu'elle partageait les suffrages du monde médical. Mais l'anatomie pathologique faisait des progrès : deux hommes s'élevèrent dans l'École de Paris, qui, infatigables dans leurs travaux, dédaignant le champ des

---

(1) *Elementa physiologiæ, lib. IV*, § 1.

(2) Épitre 21me, n° 37.

(3) Traduction de Sarcone, p. 131.

(4) Boerhaave, dans ses aphorismes, a traité séparément de la pleurésie et de la péripneumonie.

hypothèses, fixèrent irrévocablement le siége des deux affections. Pinel, dans sa nosographie philosophique, établit un ordre de phlegmasies des membranes séreuses; et l'immortel Bichat, qui passa les trois quarts d'une vie trop courte dans les amphithéâtres, démontra, dans son traité des membranes, la distinction dont je parle. Depuis cette époque, l'immense majorité des médecins professe la même opinion, et nous devons à l'esprit de recherche et d'observation des modernes, sur ce sujet, de mieux connaître les lésions organiques qui nous occupent. Au milieu du conflit de tant d'autorités imposantes, ne serait-on pas tenté de répéter ces paroles du poète latin? « *Non nostrùm inter vos tantas componere lites.* » Toutefois, malgré l'excessive ténuité de la plèvre, malgré ses rapports intimes avec l'organe qu'elle recouvre, il ne répugne pas de croire, alors qu'on considère son analogie, ou plutôt son identité avec le tissu cellulaire, que cette membrane puisse être le siége d'une affection isolée : d'un autre côté, ce serait s'exposer à être fréquemment démenti par l'expérience, que de prétendre qu'une pleurésie simple est une maladie assez commune (1).

Nature de la pleurésie et de la péripneumonie.

Ars longa, vita brevis, experimentum fallax, judicium difficile. Ce serait une erreur bien grossière que cette sentence du grand Hippocrate, si les diverses affections qui affligent l'espèce humaine, toujours marquées au même coin, revêtaient constamment le même caractère. L'irrésolution et l'incertitude ne seraient jamais le partage du praticien; il aimerait à se complaire dans cette idée, que les pertes qu'il éprouve sont toujours la conséquence funeste, mais nécessaire, de la violence du mal, et ne sauraient être le fruit de son inexpérience. Malheureusement il n'en est pas ainsi; et pour peu qu'on veuille réfléchir, on ne tarde pas à s'apercevoir que des causes différentes, et

(1) Andral, clinique médicale. Bouillaud, article pneumonie.

quelquefois opposées, sont inhabiles à produire des effets toujours identiques.

L'âge, le tempérament, les habitudes, la manière de vivre, les climats, la différence des saisons, et surtout la constitution régnante, modifient, changent entièrement la nature des maladies (1). Toutefois il ne faut pas croire que l'ensemble des circonstances qui spécifient un individu leur imprime une différence toujours essentielle : le médecin doit principalement étudier les rapports qui leur sont communs, dont la comparaison puisse conduire à l'établissement de préceptes applicables à plusieurs (2). Ce n'est pas sur une base différente que Selle et Pierre Franck ont établi leur classification : le professeur Grimaud, instruit de la doctrine des anciens, enlevé à la médecine à une époque où il faisait concevoir de si heureuses espérances, n'a pas dédaigné de suivre la même route dans son traité des fièvres ; enfin, l'auteur de la nosographie philosophique, tout en assignant le siége de chaque maladie, recommande, dans l'histoire de chacune, de prendre surtout en considération l'espèce de fièvre qui l'accompagne. Je n'éprouve ici d'autre difficulté que celle de choisir les auteurs que je pourrais citer encore : si on jette les yeux sur les œuvres de Sydenham, ne voit-on pas la même idée se reproduire presque à chaque page ? Je ne puis résister au désir de rapporter un passage vraiment remarquable de ce sage observateur : « *Jam verò cum universos hosce morbos (febres intercurrentes), vel adhùc comitetur febris, vel saltem fuerit comitata, nullus dubito febrem*

---

(1) *Hoc saltem pro comperto habeo ex multiplici accuratissimarum observationum fide, prædictas morborum species.... Ita toto quod agunt cœlo differre, ut quâ methodo currente anno ægrotos liberaveris, eâdem ipsâ, anno jam vertente forsitan è medio tolles.* (*Sydenham, de morbis epidemicis, p.* 37.)

(2) *In tantâ febrium causarum infinitate.... In partitione non omnes omninò febres complectimur, sed solùm quasdam easque cardinales ac primarias statuimus, reliquas verò non expressas ad eam febrium cardinalem, quâ cum aliquam, quoad causas, decursum, et maximè quoad methodum medendi, analogiam habent, reducere solemus.* (*Stoll, t. III, p.* 139.)

ipsam pro primario morbo esse habendam, reliquosque affectus à quibus ut plurimùm morbi isti nomen mutuantur, symptomata esse quæ vel peculiarem κρισεως *modum, vel partem in quâ ruit morbi vis, præcipuè demonstrant* (1). »

La nature des maladies faisait le sujet de mes études, lorsque l'expérience vint me démontrer toute la vérité de ce principe. La fièvre bilieuse régna épidémiquement, à l'hôpital St-Jacques de Toulouse, pendant les mois de Mai, Juin, Juillet et Août de l'année 1833 : véritable caméléon, suivant l'heureuse expression de Stoll, cette fièvre d'été se manifesta sous des formes bien différentes ; les angines, les ophthalmies, les coliques, les affections de poitrine furent très-communes. M. Dubernard, instruit du caractère de la constitution régnante, n'hésita pas d'employer les évacuants comme médication principale, et il eut la satisfaction de guérir presque tous ses malades, au grand étonnement de la majeure partie des élèves qui, imbus de la doctrine physiologique, considéraient les émissions sanguines comme l'unique moyen qu'il fallait employer.

Il est donc certain que la pleurésie et la péripneumonie ne sont pas toujours l'effet d'une phlogose sanguine (2) ; que toute inflamma-

---

(1) Sydenham, p. 294.

(2) « Toutes les inflammations ne doivent pas être traitées de la même manière : ce serait une erreur bien grave que d'employer le même traitement contre une gangrène sénile (appelée momique avec plus de justesse) et une gangrène traumatique, l'anthrax et le charbon ; et cependant il y a inflammation dans chacune de ces maladies. Qu'on fasse des incisions sur une tumeur charbonneuse, qu'on la recouvre de cataplasmes émollients, comme cela se pratique avec avantage pour l'anthrax, et on ne tardera pas à voir les tristes effets de cette médication : le cautère actuel, au contraire, produit des résultats merveilleux, tandis qu'il ne ferait qu'aggraver l'intensité de l'anthrax. L'inflammation n'est donc pas une. » Le jeune mais savant professeur la divise, suivant les principes de cette École, en idiopathique et symptomatique. « N'est-ce pas, a-t-il dit, des ophthalmies de cette dernière espèce que Stoll décrit sous le nom d'ophthalmies bilieuses, et qu'il traitait avec tant de succès par les émétiques ? » Serre, cours de clinique externe; Avril 1836.

tion, qu'on me passe ce mot, n'est pas inflammatoire. Richerand (1), en parlant de l'inflammation en général, dit expressément qu'il existe certaines inflammations dont la cause se trouve éloignée de la partie souffrante, telles que les furoncles, les érysipèles et certaines fluxions de poitrine à bon droit nommées bilieuses; et le professeur Boyer, dans sa grande chirurgie, a émis une opinion entièrement semblable. Qu'on explique comme on l'entendra l'existence des phlegmasies fausses ou anormales, soit qu'on considère les rapports d'organe à organe, soit qu'on les attribue à l'absorption et au dépôt de la matière qui les produit sur la partie affectée, soit qu'on les considère comme primitives, ainsi que cela peut avoir lieu quelquefois, avec complication de telle ou telle autre espèce de fièvre, soit enfin qu'on adopte toute autre manière de les expliquer, il est constant que la pleurésie et la péripneumonie ne sauraient être toujours d'une nature identique : la différence du traitement qui leur est propre le prouve jusqu'à la dernière évidence. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Mais il n'est pas toujours aisé de saisir les traits distinctifs de la maladie principale, je veux dire de la fièvre qui accompagne les affections de poitrine. Cette difficulté du diagnostic n'est pas le moindre écueil de notre profession : il peut arriver souvent que la fièvre ne soit pas une, qu'elle soit compliquée; et au milieu des symptômes propres à chacun des éléments de la complication, on ne peut pas toujours découvrir celui qui domine pour l'attaquer d'abord comme le plus redoutable, suivant l'expression de Stoll, sauf à diriger ensuite la médication contre l'élément qui sévissait avec le moins de force. C'est pour faire éviter l'erreur dans laquelle peuvent tomber, d'après ce grand praticien, même ceux qui ont le plus d'expérience, qu'il s'attache, après avoir décrit les pleurésies et péripneumonies inflammatoires, bilieuses et bilioso-inflammatoires qui régnèrent épidémiquement, à Vienne, pendant le printemps de l'année 1776, à

(1) Nosographie chirurgicale, chapitre inflammation.

faire l'énumération exacte des signes caractéristiques de chaque espèce. Au nombre des considérations les plus propres à fixer le médecin, il comprend principalement la nature des maladies régnantes. Il est enfin des cas, heureusement rares, où le praticien se trouve privé de tout secours pour arriver à la connaissance parfaite de la nature de l'affection : qu'il se souvienne alors de ce précepte d'Hippocrate : *prodesse, aut saltem non nocere.* Ainsi il ne devra pas faire une médecine active ; sans rester spectateur des progrès du mal, il s'adressera, avec prudence, à plusieurs méthodes de traitement dont les effets lui indiqueront la conduite qu'il doit tenir. *A lædentibus et juvantibus indicatio.*

Combien d'erreurs ne doivent donc pas commettre, dans la pratique, ceux qui partent du nom donné à une maladie, d'après deux ou trois symptômes les plus apparents, pour établir le traitement de cette maladie ; pour qui toute affection de poitrine avec fièvre aiguë, douleur de côté, toux, difficulté de respirer, est toujours une pleurésie, toujours une maladie de même espèce qui demande toujours d'être traitée de la même manière ? N'y a-t-il pas lieu de leur dire (1) : *medicus qui symptomatum curationem suscipit, mente tenere debet Benneti præceptum « cave ne inter ramorum excisionem crescat truncus. »*

Il est aisé de voir, d'après ce qui précède, que je considère la pleurésie et la péripneumonie comme subordonnées à la fièvre qui les accompagne, comme ayant la même nature que la fièvre elle-même. Mais une thèse a certaines limites qu'on ne saurait franchir : obligé de me restreindre, je parlerai d'abord de la pleurésie inflammatoire ; je ferai ensuite l'histoire de la péripneumonie bilieuse, qui est celle qu'on observe le plus souvent, au moins dans nos contrées.

PLEURÉSIE INFLAMMATOIRE.

Les causes de la pleurésie inflammatoire se divisent naturellement

---

(1) *Febris biliosa Lausannensis, p.* 119.

en deux séries : celles qui produisent l'inflammation en général, et dont je ne crois pas devoir m'occuper ici; et celles qui agissent d'une manière plus ou moins directe sur la plèvre elle-même.

Causes locales. La plèvre, organe incessant d'exhalation et d'absorption, est liée sympathiquement avec les perspirations pulmonaire et cutanée : ainsi, toute suppression brusque de la sueur ou même de la transpiration insensible par le passage subit du chaud au froid, devient cause occasionnelle de la pleurésie. L'ingestion de boissons froides après un violent exercice, les variations subites de la température, l'équitation rapide en sens contraire du vent, un hiver sec et froid, l'approche du printemps, etc., entraînent familièrement l'inflammation de la plèvre. On la voit aussi survenir à la suite des affections exanthématiques, telles que la variole, la rougeole, un vice herpétique, etc. ; certaines affections du poumon, un cancer qui a envahi les côtes, une maladie du foie, de l'estomac, de la rate (1), les lésions mécaniques, comme un coup porté sur la poitrine, la fracture des côtes ou le décollement de leur cartilage, lui ont quelquefois donné naissance.

Je ferai remarquer que les causes occasionnelles nous échappent dans bien des circonstances, et qu'on observe un grand nombre de pleurésies sans pouvoir les rapporter à une cause connue (2).

La pleurésie inflammatoire reconnaît également deux ordres de symptômes. Elle débute presque toujours par un frisson dont l'intensité et la durée sont généralement en rapport avec la gravité de la maladie : « *rigoriferæ pleuritides sunt verè inflammatoriæ pleuritides* (3). » Au frisson succède la chaleur, et la fièvre s'établit (4) : la face est vultueuse, les yeux sont larmoyants et pleins d'éclat, les organes des sens plus sensibles ; la peau est souple, la chaleur hali-

---

(1) Cruveilher, article *pleurésie*, diction. de méd. et de chir. pratiques.

(2) Pierre Franck, épitome. Laënnec, traité de l'auscultation médiate.

(3) Baglivi, p. m., l. I.

(4) Le point de côté peut se déclarer avant, pendant ou après le frisson; il n'est pas rare de le voir se manifester après plusieurs jours de fièvre.

tueuse et douce au toucher paraît diminuer par la pression; le malade éprouve un sentiment de lassitude spontanée, de douleur, de pesanteur et d'engourdissement dans les membres; la langue est rouge ou légèrement blanchâtre, la soif intense, l'urine colorée et peu abondante; il y a constipation ou déjections alvines rares et sèches, céphalalgie obtuse et gravative; le pouls est fort, dur, fréquent, quelquefois cependant faible, petit et concentré : il se manifeste ordinairement sur le soir une légère exacerbation. Tels sont à peu près les symptômes généraux de la pleurésie inflammatoire.

Faut-il, à l'exemple de Selle et d'Huxam, admettre une pleurésie inflammatoire intermittente? Pinel exprime des doutes à cet égard, et il provoque sur ce point l'attention des bons observateurs.

Symptômes locaux. 1° Douleur pleurétique superficielle, lancinante, augmentant par une forte inspiration, moindre pendant l'expiration et l'immobilité du thorax. Le siége du point de côté est le plus souvent au-dessous de la mamelle; il peut occuper une région quelconque de la poitrine, et se manifester successivement dans les différentes parties; l'intensité de la douleur est variable; elle peut manquer entièrement, ce qui constitue les pleurésies latentes, difficiles à reconnaître avant la découverte de la percussion et de l'auscultation.

2° La respiration est brève, entrecoupée, très-fréquente; il y a quelquefois 36, 40 inspirations par minute; elle est, en général, en rapport avec l'intensité de la douleur. La dyspnée très-intense peut également dépendre d'un épanchement considérable. Ce cas est rare dans le principe d'une pleurésie aiguë. Il arrive aussi que le malade n'ait pas conscience de la difficulté de respirer, seulement sensible pour les assistants (1).

3° Le décubitus le plus habituel a lieu sur le dos, quelquefois sur le côté sain, presque jamais sur le côté malade, position constamment observée dans la pleurésie chronique.

4° La toux est sèche et étouffée; le malade cherche à la compri-

---

(1) Laënnec, Cruveilher, *loco citato.*

mer, en raison de la douleur qu'elle excite; quelquefois, cependant, elle est accompagnée de quelques mucosités trachéales ou bronchiques difficiles à expectorer. Si la toux est humide, il y a en même temps catarrhe pulmonaire; des crachats visqueux, adhérents, teints de sang, annoncent une complication de pneumonie.

5° La percussion produit un son mat du côté malade; la matité change de place suivant les diverses positions qu'on donne au sujet; mais si le liquide est circonscrit par des adhérences antérieures, ou si l'épanchement remplit la presque totalité de la poitrine, de manière que, dans aucune attitude, le poumon ne soit en rapport avec les parois thoraciques, il n'y aura pas déplacement de matité.

6° La poitrine auscultée laisse entendre la respiration, la voix, la toux, tubaires; mais lorsque l'épanchement est considérable, aucun bruit n'arrive à l'oreille de l'observateur.

Quelques-uns des symptômes que je viens de décrire se rencontrent également dans la pneumonie et la pleurodynie; mais on pourra toujours distinguer cette dernière affection de la pleurésie, si on considère que l'absence de la fièvre, le son naturel du thorax, et le bruit vésiculaire, lorsque le malade surmonte la douleur, sont des signes suffisamment caractéristiques.

Dans des cas excessivement rares, les signes tirés de la percussion et de l'auscultation permettent de confondre la pneumonie et la pleurésie : lorsque l'épanchement est circonscrit, la matité occupe toujours le même lieu dans l'une et l'autre de ces affections; si l'épanchement est très-considérable, l'oreille ne perçoit pas plus que dans le cas d'hépatisation complète de tout un côté de l'organe pulmonaire (1). Néanmoins les circonstances commémoratives empêchent le praticien de porter un jugement erroné : la matité pneumonique, en effet, est graduelle comme l'induration du tissu du poumon; la matité pleurétique est rapide comme l'épanchement : la respiration,

---

(1) Il est arrivé à M. Cruveilher d'annoncer une pleurésie dans un cas où il y avait pneumonie avec induration de la totalité d'un poumon. *Loco citato.*

la voix et la toux tubaires n'existent dans la pneumonie que dans la période d'hépatisation, c'est-à-dire après plusieurs jours de râle crépitant; tandis que le souffle et la voix tubaires se manifestent tout d'abord dans la pleurésie. D'ailleurs les crachats visqueux, collants, ne laissent aucun doute sur l'existence de la pneumonie.

La marche de la période aiguë de la pleurésie est assez rapide. La fièvre cesse du cinquième au neuvième jour environ (1); l'inflammation s'arrête. Alors commence la période de chronicité ou d'absorption, dont la durée est au moins d'un mois; elle peut s'étendre bien au-delà de ce terme (2).

La nature, dans la pleurésie comme dans le plus grand nombre des maladies aiguës, tend à se débarrasser par des évacuations critiques (3) : un épistaxis, le flux menstruel et hémorroïdaire, des urines abondantes, rougeâtres, avec un sédiment blanc, les sueurs, la diarrhée, un érysipèle, l'apparition de quelque exanthème, la salivation, le gonflement des parotides, etc., ont été quelquefois un moyen de guérison.

La pleurésie aiguë peut se terminer par la mort, qui peut avoir lieu par asphyxie, par suppuration, etc.; mais cette terminaison est très-rare dans la première période. Les plus fréquentes sont : la résolution et la pleurésie chronique. La résolution peut être complète ou incomplète. Dans le premier cas, il y a absorption du liquide et des fausses membranes; quelques adhérences sont la seule trace de la maladie; dans la résolution incomplète, le liquide seul est résorbé, les fausses membranes s'organisent et forment une couche plus ou moins épaisse entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire. La matité est alors persistante.

---

(1) Cruveilher, *loc. cit.*

(2) Laënnec, *loc. cit.*

(3) Boerhaave, aphorismes. Laënnec, *loc. cit.*

TRAITEMENT.

Le traitement de la pleurésie inflammatoire doit varier suivant la période de la maladie, son intensité, le tempérament, l'âge, la constitution du sujet, et une foule d'autres circonstances individuelles.

Faut-il, comme l'enseigne Quarin (1), saigner jusqu'à défaillance dans une forte pleurésie? Je pense qu'il est bien plus sage de se ranger de l'avis de Pinel, Laënnec et de M. Cruveilher. Une ou deux saignées générales sont ordinairement suffisantes; on applique ensuite, sur le lieu de la douleur, des sangsues ou des ventouses scarifiées, qu'on réitère suivant que le point pleurétique et la fièvre l'exigent. « La fièvre est un meilleur guide que l'état local pour les indications pleurétiques (2). » C'est au début de la maladie que les émissions sanguines ont le plus d'efficacité : il ne faut pas craindre, néanmoins, d'y avoir recours pendant la période aiguë.

Les cataplasmes émollients, arrosés d'huile, appliqués aussi chauds que possible et maintenus au même degré de chaleur, sont un moyen propre à favoriser la chute de l'inflammation. Les boissons seront abondantes et chaudes, variées suivant le goût du malade, mais toujours prises dans la classe des plantes pectorales; on aura soin de les édulcorer avec le miel, le sirop de gomme ou de capillaire. Les laxatifs doux, en entretenant la liberté du ventre, offrent des ressources qui ne sont pas à dédaigner.

Les auteurs sont dissidents d'opinion sur l'époque à laquelle il convient d'appliquer les vésicatoires *loco dolenti*. M. Cruveilher dit qu'il les emploie avec succès du troisième au quatrième jour. Sans révoquer en doute ce que cette assertion peut avoir de vrai, il est, ce me semble, plus rationnel et plus conforme au sentiment du plus grand nombre, de n'y avoir recours que vers la fin de la première période.

---

(1) *De curandis febribus et inflammationibus commentatio.*

(2) Cruveilher, *loc. cit.*

Si la résorption du liquide épanché se fait avec lenteur, on emploie les diurétiques, les purgatifs répétés, le calomel, la scille, la digitale, le nitrate de potasse, etc.; les frictions mercurielles sont aussi préconisées. On tâche d'activer toutes les sécrétions. Un vésicatoire, qu'on entretient jusqu'à une entière guérison, produit de très-bons effets.

L'opération de l'empyème est-elle praticable pendant la période inflammatoire, lorsque l'épanchement est considérable et le malade menacé de suffocation? On donne pour et contre des raisons qu'il ne m'appartient pas de juger. Cependant, si le malade est voué à une mort certaine, l'adage *meliùs anceps quàm nullum* me paraît d'une heureuse application.

Le praticien portera une attention toute spéciale sur les divers mouvements critiques, pour les favoriser par des moyens qui leur soient propres. Une médication active serait alors déplacée. *Naturæ medicus arbiter.*

Le régime, qui aura été sévère pendant la période fébrile, devra être moins rigoureux après la chute de la fièvre : il ne faut pas perdre de vue que si le *cura famis* est un puissant moyen de résorption (1), une abstinence trop soutenue entraîne une convalescence très-pénible (2).

Tel est, en général, le traitement de la maladie que je viens de décrire. J'ai omis à dessein de parler de la méthode contre-stimulante, me réservant de la mentionner dans le chapitre qui va suivre.

PÉRIPNEUMONIE BILIEUSE.

Je comprends sous le titre de péripneumonie bilieuse toutes celles qui sont accompagnées de la fièvre de ce nom. Elles peuvent être primitives, et alors la fièvre qui se développe n'est qu'une simple

---

(1) Cruveilher, *loc. cit.*

(2) Laënnec, *loc. cit.*

complication de la maladie locale; il arrive le plus souvent qu'elles soient consensuelles et dues aux mêmes causes qui provoquent la fièvre. Les péripneumonies de la première espèce sont ordinairement produites par les exercices violents des poumons : la course, la lutte, des efforts considérables, le chant, des cris forcés, des émotions vives de l'âme, l'impression brusque d'un air froid après un violent exercice, une boisson froide lorsqu'on est échauffé, etc.

La péripneumonie symptomatique est due au produit de digestions viciées, aux diverses matières qui surchargent l'estomac, les organes qui l'avoisinent et le tube intestinal. Telles étaient la plupart des péripneumonies qui régnèrent à Vienne pendant le printemps de l'année 1776, celles qui eurent lieu à Lausanne, et dont le célèbre Tissot a tracé l'histoire (1). Tous les auteurs anciens admettent cette variété des fluxions de poitrine bilieuses. Baglivi, après avoir fait connaître le siége de la douleur dans la pleurésie inflammatoire, s'exprime de la manière suivante : « *Si verò (dolor) sit circa costas mendosas ac præcordia, purgationem indicat, quia morbi fames in præcordiis est, ac in mesenterio putris, indigestaque cacochimia..... Quæ morbum facit ac fovet* (2). » Baillou n'a pas une autre manière de penser (3), et vingt autres que je pourrais citer encore, au nombre desquels se fait remarquer le célèbre Pierre Franck (4). Les médecins physiologistes ont voulu jeter du ridicule sur cette doctrine, et tout récemment encore, M. Bouillaud a prétendu que la fièvre, dans la péripneumonie, était constamment un effet de l'affection locale (5). On lui pardonnerait aisément une erreur dont il ne blâme pas lui-même nos prédécesseurs; mais l'indulgence devient difficile lorsqu'il affecte du mépris à l'égard de MM. Cayol et Chomel, qui partagent

---

(1) Lettre à Zim.; 1765-66.

(2) P. M. L. 1.

(3) Épid., p. 79.

(4) *Loc. cit.*

(5) Article pneumonie. Dict. de chirurg. et de méd. pratiques.

l'opinion que je viens d'émettre. M. Bouillaud ignore-t-il que l'expérience prévaut sur tous les systèmes ?

L'anatomie pathologique a fait reconnaître trois périodes bien distinctes dans la péripneumonie : celles d'engouement, d'hépatisation et d'infiltration purulente simple ou accompagnée d'abcès. La lésion pulmonaire peut être plus ou moins étendue, occuper différentes parties de l'organe : de là, les différentes dénominations de la péripneumonie (1). Voyons maintenant à quels signes on peut reconnaître l'affection dont je parle.

Symptômes généraux (2). La péripneumonie bilieuse est ordinairement lente dans sa marche ; elle s'annonce long-temps auparavant par des lassitudes, la perte de l'appétit, et par les signes du mauvais état des premières voies ; elle débute par un frisson plus ou moins vif, suivi de chaleur, accompagné d'un tremblement général ; la face est jaunâtre, quelquefois colorée ; les ailes du nez et la commissure des lèvres sont d'une couleur pâle tirant sur le vert, les yeux ternes et abattus ; il y a des nausées, des vomissements ; la bouche est amère ; un enduit jaunâtre recouvre la langue, qui est d'abord humide et se dessèche plus ou moins durant le cours de la maladie ; la soif est intense ; le malade désire des boissons acidulées et froides ; il éprouve à l'épigastre et aux hypocondres une douleur gravative qui augmente par la pression ; le ventre est lâche et resserré, la peau sèche, la chaleur âcre et brûlante ; les urines, presque jaunes, déposent souvent un sédiment briqueté ; la céphalalgie est déchirante ; il semble au malade qu'on lui fend la tête. On ne rencontre que rarement la réunion des symptômes que je viens de décrire ; quelques-uns se manifestent seulement dans certains cas. Tous ne sont pas d'ailleurs caractéristiques, et ne sauraient servir à faire reconnaître la nature de

---

(1) Simple, double, lobaire, lobulaire, etc.

(2) La description des symptômes généraux pourrait paraître déplacée, puisqu'ils sont communs à plusieurs autres maladies, s'ils n'étaient indispensables pour arriver à la connaissance de la nature de l'affection qui fait le sujet de ce chapitre.

la maladie. J'ai déjà dit quelle doit être la conduite du praticien dans les cas difficiles et douteux.

Symptômes locaux. Ce sont, le plus souvent, une douleur obtuse et profonde, la dyspnée, une respiration fréquente, la toux, des crachats d'une matière particulière, et le décubitus sur le côté affecté.

La douleur, ordinairement peu forte et largement étendue, est quelquefois assez vive et fixée dans un seul point : il est des cas où le malade n'éprouve qu'un sentiment de malaise, de pesanteur, d'embarras dans le côté qu'occupe le mal. « La douleur n'existe dans la péripneumonie que lorsqu'il y a en même temps pleurésie, et c'est le cas le plus ordinaire. (1). »

La dyspnée est souvent très-peu sensible pour le malade, quoique assez apparente pour le médecin. Elle est toujours en rapport avec la fréquence de la respiration et l'intensité de la douleur. Lorsque le nombre des inspirations est considérable (40 à 48), la difficulté de respirer est extrême ; les malades sont en proie à une anxiété des plus déchirantes; leur parole est brève et entrecoupée.

La péripneumonie donne lieu à une toux dont la fréquence et l'intensité varient singulièrement : elle est bien plus fatigante s'il y a en même temps inflammation bronchique. L'expectoration, presque nulle dans le principe, augmente insensiblement, et les crachats présentent des caractères différents, suivant le degré de la maladie. Au début, ce n'est qu'une simple expectoration bronchique aérée, mêlée de salive ; mais dès que la première période est bien caractérisée, l'expectoration devient plus abondante, les crachats sont visqueux, collants ; ils contiennent quelques bulles d'air ; leur couleur est blanchâtre, verte, jaune, rouillée, sanguinolente, suivant le plus ou moins de sang qu'ils renferment (2) ; leur tenacité augmente à mesure que l'affection approche du deuxième degré. Pendant la période

---

(1) J'ai vu des cas de péripneumonie, sans lésion de la plèvre, infirmer la première partie de l'assertion de M. Andral.

(2) Andral, *loc. cit.*

d'hépatisation, les crachats sont plus rares, mais plus visqueux. Lorsque l'infiltration purulente a eu lieu, ils peuvent conserver les caractères que je viens d'indiquer; mais le plus ordinairement ils paraissent muqueux, cuits, cendrés, comme s'ils étaient mêlés de pus; quelquefois ils offrent une couleur brunâtre analogue à celle du jus de pruneaux (1). Les crachats dont je viens de parler n'ont pas d'odeur notable. Si la gangrène s'est emparée du poumon, ils exhalent l'odeur qui la caractérise.

Le décubitus est un symptôme très-variable. Les malades disent qu'ils peuvent prendre toutes les positions: la vérité est qu'ils se trouvent plus gênés sur le côté sain, et qu'ils se placent le plus ordinairement sur le dos.

Les symptômes déjà énoncés ne sont pas les seuls que l'on rencontre dans la péripneumonie : la percussion et l'auscultation en fournissent encore, que je vais faire connaître dans les différentes phases de la maladie.

Percussion. Dans la première période, la matité n'est pas complète dans la région du thorax correspondante à la partie lésée, mais la résonnance est moindre qu'à l'état normal : on s'en assure facilement par la percussion comparée du côté sain. Si la péripneumonie occupe le centre ou la racine du poumon, si elle est lobulaire, la percussion ne fournit plus de donnée précise pour le diagnostic. Ceci s'applique également au deuxième et au troisième degré, dans lesquels la matité est complète.

Auscultation médiate. Dans la première période, le murmure respiratoire est affaibli; le râle crépitant, qui en est le signe essentiel, diminue à mesure qu'on approche du degré d'hépatisation, ou il cesse complètement ainsi que la respiration vésiculaire : ce sont, dans bien des cas, les seuls signes de la deuxième période; la bronchophonie s'y joint dans certaines circonstances. Ce retentissement de la voix diffère de l'égophonie proprement dite, en ce qu'il n'est pas

---

(1) Andral, *loc. cit.*

saccadé, tremblotant comme celle-ci. L'infiltration purulente n'amène aucun nouveau signe dans le principe; lorsque le pus devient plus abondant, on perçoit, dans les bronches, le sentiment du râle muqueux; enfin, lorsqu'un abcès s'est formé, le râle caverneux le remplace, la bronchophonie se change en pectoriloquie; la respiration et la toux, de bronchiques, deviennent caverneuses.

Il faut avoir une oreille bien exercée pour saisir tous ces signes décrits par les auteurs modernes; et je ne serais pas éloigné de croire que le très-grand nombre des praticiens sera mieux fixé par l'ensemble des autres phénomènes que présente la péripneumonie. La respiration, que Baglivi plaçait au premier rang, devient de plus en plus pénible, entrecoupée, suffocante, suivant les progrès du mal; le malade est plus anxieux; la fièvre et la chaleur augmentent d'intensité; le pouls devient plus fréquent, et s'il ne survient pas une terminaison funeste et que la résolution ne s'opère pas, la suppuration s'établit, les battements de l'artère deviennent mous, faibles, ondulants; des horripilations vagues, souvent répétées, se manifestent, jusqu'à ce qu'une toux sèche, opiniâtre, des sueurs nocturnes, etc., annoncent la formation d'un abcès.

Il n'y a pas de terme fixe pour la durée de la péripneumonie : suivant M. Chomel, elle se termine ordinairement du septième au vingtième jour; c'est aussi l'opinion du plus grand nombre des médecins. M. Bouillaud prétend que sa méthode de traitement amène une guérison plus prompte. J'en parlerai dans la suite, sous le rapport de la péripneumonie bilieuse, que l'auteur que je viens de citer ne distingue pas.

La doctrine des crises ne me paraît pas applicable à l'affection qui fait le sujet de ce chapitre. Il peut, sans doute, se présenter certains mouvements critiques propres à favoriser les secours de l'art; mais, en général, les crises, dans les maladies bilieuses, sont au pouvoir du médecin (1).

---

(1) Stoll.

Quoique l'affection pulmonaire que je traite puisse se manifester dans tous les lieux et à toutes les époques de l'année, elle est plus commune dans les endroits bas et humides qui ne sont pas exposés au vent du nord ; dans les contrées méridionales, pendant le printemps et l'été, où elle règne souvent d'une manière épidémique. Les personnes avancées en âge, celles dont les organes digestifs sont débilités, les tempéraments faibles, cacochymes, bilieux, en sont le plus souvent atteints. Une nourriture insalubre, des aliments difficiles à digérer, un travail excessif et soutenu, les peines morales, la mélancolie, etc., sont placés avec raison au nombre des causes prédisposantes.

Comme toutes les autres inflammations, celle de l'organe pulmonaire peut se terminer par résolution, induration, la formation d'abcès ou la gangrène. Les deux dernières espèces de terminaisons sont rares ; on en trouve seulement quelques exemples dans les auteurs. La résolution peut avoir lieu dans les deux premiers degrés de la péripneumonie et quelquefois dans le troisième ; lorsqu'elle s'opère, aux signes de la période la plus élevée succèdent insensiblement ceux de la précédente, jusqu'à ce que le poumon rentre dans l'état physiologique.

Il est à peine besoin de dire le danger qu'entraîne après elle une semblable maladie ; l'importance des fonctions que remplit le poumon le fait suffisamment pressentir. Sa marche peut être continue, rémittente ou intermittente, suivant le type de la fièvre qui l'accompagne.

TRAITEMENT.

A quelle affreuse incertitude et quelle dégoûtante perplexité ne se trouvent point réduits, surtout dans ces derniers temps, l'élève et le jeune médecin désireux de se faire une opinion sur le traitement qui convient à la maladie que je viens de décrire. Les conseils d'un maître sage et éclairé, une longue fréquentation des hôpitaux, qui leur permette de comparer les résultats des différentes méthodes,

sont les seuls moyens à l'aide desquels ils puissent éviter l'erreur, et sortir du doute que fait naître la lecture de quelques anciens et d'un plus grand nombre de modernes. Mon dessein n'est pas de parcourir toutes les méthodes curatives qu'on a employées ou qu'on emploie encore contre la péripneumonie bilieuse. Je parlerai des principales, adoptant celle que ma propre expérience et le témoignage des auteurs les plus distingués et les plus dignes de foi m'ont démontré être la meilleure.

L'école physiologique, ne faisant qu'une classe de toutes les maladies aiguës, ne leur oppose qu'une méthode de traitement, et les émissions sanguines sont, dans tous les cas, considérées comme une ancre de salut. On voit partout des praticiens, fidèles aux principes émanés du Val-de-Grâce, ou que M. Broussais a reproduits, tirer largement du sang dans toute fluxion de poitrine. M. Bouillaud, dont j'ai déjà parlé, après avoir décrit d'une manière assez étendue le traitement de la pneumonie essentielle, pour lequel il verse deux fois plus de sang que le reste des médecins, s'exprime de la manière suivante : « C'en est assez sur l'emploi des émissions sanguines dans le traitement de la pneumonie franche, vraie ou normale, à laquelle nous rattachons la pneumonie dite bilieuse. » On a lieu d'être surpris que M. Bouillaud, qui confond les deux maladies, rapporte à l'appui de son opinion ce passage de l'immortel Sydenham : « *Hujus morbi curatio in repetitâ venæ sectione ferè tota est* (1). » Pour peu qu'on prête d'attention à la lecture des œuvres du médecin anglais, il ne reste aucun doute sur le véritable sens de la citation qu'on vient de lire ; elle n'a trait qu'à la pleurésie vraie, essentielle, ainsi que le démontre le passage suivant du même auteur, où il s'agit de la pleurésie et péripneumonie symptomatiques : « *In hoc casu, et si venæ sectio possit concedi, ut huic symptomati, si multum sæviat, occurratur ; generaliter tamen si loquamur, non multò plus sanguinis symptomatis ratione educendum est, quàm febris nomine debuerat educi, à quâ pen-*

(1) Sydenham, p. 309.

det istud symptoma : namque si hæc ejus sit indolis, ut à repetita venæ sectione non abhorreat, potest ea repeti in pleuritide quæ ejusdem symptoma est : at verò si febris repetitam venæ sectionem respuat, neque juvabit ista, imò et nocebit in pleuritide quæ cùm febre stabit cadet ve (1). »
Il n'y a qu'un très-petit nombre d'auteurs qui, depuis Hippocrate jusqu'à nous, n'aient pas reconnu le danger de la saignée, au moins répétée, dans les péripneumonies bilieuses. Je pourrais ici accumuler les autorités, citer presque tous les auteurs qui vivaient avant notre époque, et un grand nombre de modernes; qu'il me suffise de faire connaître l'opinion du judicieux Baillou : « *Quis enim nescit si dolor (pleuriticus) iste agnoscat causam in ventre inferiore, non modò non prodesse phlebotomiam, sed etiam sæpè nocere. Et si nondum adsit pleuritis, ea per venæ sectionem acceleratur* (2).

La méthode des Italiens, ou contre-stimulante, parut avoir de grands succès dans les mains de Laënnec qui l'introduisit en France; toutefois l'auteur de l'auscultation médiate a trouvé de nombreux contradicteurs (3). Le témoignage de M. Andral n'est pas aussi favorable à l'usage du tartre stibié à haute dose; voici ses paroles : « Il suit de ces faits que le tartre stibié peut être donné à haute dose pendant plusieurs jours de suite, sans que, dans l'immense majorité des cas, son emploi soit suivi d'accidents graves du côté des voies digestives. Mais ce médicament est-il utile? A cela je répondrai que, sans prétendre nier ce qui a été avancé par d'autres, dans aucun des cas que j'ai observés moi-même, je n'ai vu la pneumonie être influencée d'une manière avantageuse par l'emploi du tartre stibié à haute dose. »

Je n'ai eu qu'une fois l'occasion de voir mettre en usage la méthode de Rasori. Le sujet était jeune, fort, pléthorique; il présentait d'ailleurs les symptômes qui caractérisent une pneumonie vraie, inflammatoire. Deux saignées assez copieuses furent faites du deuxième

---

(1) Sydenham, p. 283.
(2) Ép., fol. 88.
(3) Lecouteulx, aide de clinique à l'hôpital de la Charité. Bouillaud.

au cinquième jour ; comme on n'avait rien gagné, et que l'hépatisation d'une très-grande partie du poumon gauche était complète, on administra, le lendemain, après une saignée de 15 à 16 onces, le tartre stibié à la dose de 6 grains, qu'on augmenta insensiblement tous les jours. La tolérance fut parfaite ; les accidents diminuèrent peu à peu, et après deux semaines environ, le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. Mais il est digne de remarque que l'amendement coïncida avec une abondante hémorragie nasale qui eut lieu le soir du sixième jour, et qui se reproduisit, dans la matinée du septième, avec la même intensité ; en sorte qu'il est impossible de dire quelle part on doit faire au tartre stibié dans cette cure.

La méthode italienne ne me paraît pas, d'après ce que je viens de dire, avoir été encore suffisamment éprouvée ; il faut, je crois, attendre de nouveaux essais pour être fixé sur son mérite.

La méthode dite évacuante est la plus ancienne et la plus généralement suivie dans les fluxions de poitrine bilieuses : c'est celle que Finke mit en usage dans l'épidémie de Tecklembourg : Tissot la fit quelquefois précéder, dans le cas de complication, d'une ou deux émissions sanguines pendant l'épidémie qui régna à Lausanne en 1765 ; Stoll, ce sage praticien de Vienne, l'employa aussi avec succès ; il lui imprima des modifications suivant les circonstances. Ce sont enfin les évacuants que j'ai vu réussir dans le plus grand nombre des cas ; tandis que j'ai constamment observé que, sous l'influence de ce qu'on appelle traitement antiphlogistique, les symptômes s'aggravaient après une rémission assez courte, et que le malade, s'il ne survenait pas une issue funeste, traînait une convalescence des plus pénibles (1).

---

(1) J'ai rapporté la base du traitement et les succès obtenus aux salles de clinique interne, dans les affections bilieuses qui régnèrent à l'hôpital St-Jacques de Toulouse, en 1833. La mortalité fut désolante, à cette même époque, dans les salles de chirurgie, où on ne négligea aucun des moyens réputés antiphlogistiques : émissions sanguines locales et générales, embrocations mercurielles, etc., etc. Ce fait est trop concluant à l'appui de mon opinion pour que j'aie dû me dispenser de le faire connaître.

C'est donc à cette dernière méthode que je donne la préférence, celle qui a été constamment suivie par Hippocrate, Prosper Martian, Baillou, Baglivi, Tissot, Stoll, Pierre Franck, Valentin et tant d'autres dont l'énumération serait trop longue. Mais il ne faut pas croire que la médication propre à la maladie dont je parle, consiste tout entière dans les seuls évacuants : il est des cas, comme je le dirai bientôt, dans lesquels la nature de la fièvre ne doit pas seule servir de base de traitement.

Certains praticiens, reconnaissant la nécessité des évacuations, n'osent pas prescrire un vomitif, et s'adressent constamment aux eccoprotiques ; je ne pense pas qu'on doive les imiter : il faut purger par le haut ou par le bas, suivant l'indication, et il n'est pas du tout indifférent de faire l'un ou l'autre (1). Un éméto-cathartique est quelquefois nécessaire. C'est à saisir ces différentes indications que doit surtout s'attacher le médecin, lorsqu'il est fixé sur la nature de la maladie. S'il arrive que, par suite d'une constitution détériorée, d'émissions sanguines considérables, ou de tout autre motif, la faiblesse soit extrême, la prostration des forces commençante, il faut être prudent sur l'usage des vomitifs : on emploie les toniques, les excitants ; on tient toutes les voies libres, le ventre surtout, par de légers laxatifs, jusqu'à ce que les forces permettent, s'il y a lieu, de provoquer des évacuations avec plus d'énergie.

La saignée, que j'ai dit être le plus souvent funeste dans la péripneumonie bilieuse, ne saurait être toujours rejetée comme un moyen pernicieux. Si le malade est jeune, sanguin, pléthorique, s'il a le pouls fort, dur, développé, ou si la fièvre n'est qu'une complication de la maladie, la perte de quelques onces de sang préparera avantageusement à l'administration des évacuants ; d'un autre côté, l'engorgement du poumon peut être si considérable et la respiration si pénible, qu'il faille indispensablement avoir recours à la saignée avant d'en venir aux autres moyens. Mais, en général, on peut dire que les

(1) Stoll, *loc. cit.*

émissions sanguines sont rarement utiles (1) dans la péripneumonie symptomatique.

Les vésicatoires peuvent être heureusement employés après les évacuations convenables, si les symptômes locaux paraissent l'exiger. Quant à l'usage des substances propres à favoriser l'expectoration, l'oxymel scillitique, le kermès minéral, le tartre stibié à une dose si petite qu'il ne provoque ni des vomissements ni des nausées, il ne convient pas d'y recourir pendant la première période de la maladie, dans la crainte d'augmenter l'irritation pulmonaire.

Si la péripneumonie est intermittente, il faut, à moins d'un danger pressant, combattre la complication; l'emploi du spécifique contre la périodicité sera ensuite plus rationnel.

Le régime devra être sévère pendant toute la durée de la fièvre; ce ne sera que par degrés qu'on permettra des aliments au malade, toujours choisis convenablement à son état jusqu'à une entière guérison.

FIN.

---

(1) Tissot, avis au peuple.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen, *Examinateur*. Anatomie.
BROUSSONNET. } Clinique médicale.
CAIZERGUES. }
LALLEMAND. } Clinique chirurgicale.
SERRE. }
LORDAT, *Président*. Physiologie.
DELILE. Botanique.
DUPORTAL. Chimie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN, *Suppléant*. Thérapeutique et matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH, *Examinateur*. Pathologie médicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ, *Examinateur*. Médecine légale.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Suppl.*

MM. FAGES.
BATIGNE, *Examin.*
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Examinat.*
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.